

DHS le puede ofrecer los servicios de un intérprete sin costo alguno para usted.

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE TENNESSEE
SOLICITUD/REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA FAMILIES
FIRST, FOOD STAMPS, MEDICAID/TENNCARE STANDARD**

Old Case Number:
New Case Number:
Case Worker:
Date Application Filed in Co. Office:

Nombre: _____ Teléfono de la Casa: (____) _____ - _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Condado de Residencia: _____ Yo **no quiero** solicitar _____ Families First.

Lea detenidamente: Marque cualquier programa que Ud. **no quiera solicitar:** Yo **no quiero** solicitar _____ Food Stamps.

Yo **no quiero** solicitar _____ Medicaid/TennCare Standard.

Usted tiene el derecho de presentar una solicitud el mismo día en que se ponga en contacto con nosotros. Puede presentar este formulario con tan sólo su nombre, dirección y firma, pero debe completarlo y ser entrevistado para recibir los beneficios. Si en el día de la presentación de la solicitud Ud. llenara los requisitos para los beneficios, la asistencia que Ud. reciba será retroactiva a ese día.

Para solicitar los beneficios de Families First, Food Stamps y Medicaid/TennCare Standard, el solicitante **debe** darnos su número de Seguro Social o solicitar dicho número, tal como es requerido por el Decreto de Seguro Social § 1137(d); 42 U.S.C. §1320b-7. Si Ud. solicita los beneficios de Medicaid de Emergencia, no se verá obligado a darnos información alguna sobre su número de Seguro Social, su condición de inmigración o sobre su ciudadanía.

Si Ud. **no** está solicitando los beneficios (véase la página 2), no se verá obligado a darnos información alguna sobre su número de Seguro Social o sobre su ciudadanía. Si no lo hiciera, otros miembros de su familia pueden solicitarlos. Nosotros utilizamos los números de Seguro Social para ayudarnos a verificar los ingresos y otros datos que necesitamos para asegurarnos que quienes solicitan los beneficios son elegibles para recibirlos (como está establecido en el Privacy Act de 1974). Las personas que no soliciten los beneficios **no** serán reportadas al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).

Si Ud. desea hacernos saber sobre su **raza** y/o **antecedentes étnicos**, utilice tantas letras como necesite: **W**=Blanco; **B**=Negro o Afro-Americano; **A**=Asiático; **H**=Hawaiano o de las Islas del Pacífico; **I**=Indio Americano o de Alaska; **Y**=Hispanico. Esto es voluntario y se usa para asegurar que todos sean tratados con equidad.

Anote a todos los miembros de familia que deseen beneficios. No anote a quienes no desean recibirlos. Anótelos en la pág. 2. Nombre (En letra de molde como en tarjeta de Seguro Social) Nombre Nombre Apellido	Número Seguro Social	Fecha de Nacido mes/día/año	Sexo (optativo)		Raza use códigos anteriores (optativo)	Étnia (optativo) Hispanico Sí o No	Ciudadano E.U. (US), Extranjero Legal (LA) o Inmigrante Elegible (EI)	
			M	F			US	LA / EI

Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas y la información que he dado en este formulario y que daré en mi entrevista son verdaderas y que todas las personas que soliciten o reciban asistencia son ciudadanos de los EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes elegibles. Comprendo y estoy de acuerdo con las reglas y la información que me fueron dadas a conocer. Si se me solicitara, aportaré la información que pruebe mis declaraciones o autorizaré al DHS para que consiga las pruebas necesarias. Comprendo el hecho de que debo dar cuenta, dentro del término de 10 días, de cualesquiera cambios que tengan lugar con nuestro modo de vida.

Solicitante(s): _____ Fecha: _____

Testigo (si firmado con X): _____ Fecha: _____

Tutor o Representante Autorizado: _____ Fecha: _____



<u>Anote a todos los miembros de familia que no soliciten los beneficios.</u> Las personas que anote a continuación no recibirán beneficios. Usted no necesita darnos su Número de Seguro Social, pero si lo hiciera, no lo daremos al INS.			Número Seguro Social (optativo)	Fecha de Nacido mes/día/año	Sexo (optativo)		Raza códigos de pág. 1 (optativo)	Étnia (optativo) Hispánico Sí o No
Nombre	Nombre	Apellido			M	F		

Usted debe conseguir pruebas de su identificación, ingresos y otra información que nos haya brindado. Hable con su trabajador (a) social si necesitara ayuda.

Nosotros utilizamos los números de Seguro Social para verificar su identidad, para asegurarnos de que reciba la cantidad adecuada de ayuda, para cambiar la cantidad de ayuda que Ud. reciba, para verificar datos en otros registros de computación y del gobierno y para asegurarnos de que Ud. reúne las condiciones necesarias. También verificamos sus datos del Seguro Social, el IRS y sus registros de empleo. Podemos verificar los registros de Inmigración y Naturalización y si no concordaran con la información que Ud. nos diera, eso podría afectar sus condiciones para recibir ayuda y cuánto dinero en efectivo o food stamps reciba.

Usted puede nombrar a una o dos personas que le ayuden con su caso para los Food Stamps: Quisiera que _____ o _____ hiciera la solicitud para mis food stamps; Quisiera que _____ o _____ utilizara mis Food Stamps.

Los siguientes miembros de mi familia fueron condenados de un delito mayor por tener en su posesión, por utilizar o vender drogas ilegales: _____

No Discriminación -- ¿Qué sucede si Ud. creyera que fue tratado injustamente? Esta sección le indica qué debe hacer si así fuera.

De acuerdo con la ley Federal y con las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, a esta institución le está prohibido discriminar a las personas en base a su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacitaciones físicas. De acuerdo con el Decreto de Food Stamps y las normas del USDA, también se prohíbe la discriminación por concepto de religión o de convicciones políticas.

Para presentar una demanda por discriminación, póngase en contacto con el USDA o con el HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202)720-5964 (grabación y TDD). Escriba a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202)619-3257 (TDD). USDA y HHS son proveedores y empleadores de oportunidades equitativas.

Motor Voter Registration:	<input type="checkbox"/> Declined; refused to sign declination
<input type="checkbox"/> Form completed	<input type="checkbox"/> Declination screen completed
<input type="checkbox"/> Customer took form home	<input type="checkbox"/> N/A – Application filed by Authorized Representative or by a minor
<input type="checkbox"/> Declination signed	

Las próximas páginas contienen información muy importante. Léalas detenidamente. El/la trabajador(a) social se las entregará. Asegúrese de llevarlas consigo.



Importante - ¡Guarde este documento!

Intérpretes

Si Ud. necesitara ayuda para comunicarse en inglés o si se viera afectado por un impedimento físico que requiera asistencia especial, háganoslo saber. Nos encargaremos de conseguir la ayuda de un intérprete para que podamos comunicarnos. Éste es un servicio totalmente gratuito. Aún así, hoy podemos recibir su solicitud. Usted no tendrá que esperar más tiempo para presentar su solicitud sólo porque necesite un intérprete o alguna otra asistencia especial.

INTÉRPRETES GRATUITOS – Si no entiende bien el inglés y necesita ayuda, por favor avísenos. Le conseguiremos un intérprete que le ayudará a hablar con nosotros. Este servicio es gratuito. Conseguir un intérprete no retrasará el procesamiento de su caso.

Números del Seguro Social

- **Cualquier persona que desee afiliarse a Families First, que desee recibir beneficios de Food Stamps o Medicaid/TennCare Standard** debe informarnos acerca de su condición relacionada con inmigración o su ciudadanía. También deberá darnos su número de Seguro Social. Si Ud. aún no tiene su número de Seguro Social, podemos ayudarle a conseguirlo. Aún así, hoy podemos recibir su solicitud. Usted no necesita esperar hasta que reciba su tarjeta de Seguro Social.
- **¿Qué sucede si alguien en su hogar NO desea afiliarse a Families First, recibir beneficios de Food Stamps o Medicaid/TennCare Standard?** NO es necesario que ellos nos hagan saber su número de Seguro Social y su condición de inmigración o ciudadanía. Otros miembros de su familia pueden conseguir ayuda de DHS siempre que reúnan los requisitos necesarios. Si Ud. tiene un número de Seguro Social, si es ciudadano de los Estados Unidos, extranjero con residencia legal o inmigrante que reúne los requisitos necesarios, entonces debe solicitar los beneficios si fuera miembro obligatorio de la familia. Si Ud. necesita ayuda para saber si es un miembro obligatorio de la familia, puede solicitar la asistencia de un(a) trabajador(a) social de DHS. Esto es si nos entrega esta información en el momento de realizar su solicitud o si la obtenemos más adelante. También si su número de Seguro Social o la información relacionada con su ciudadanía están archivados en nuestro registro.

Si así lo quisiera, Ud. podría darnos el número del Seguro Social de algún miembro de su familia que no quisiera recibir ayuda de DHS. Eso facilitaría que averiguáramos lo necesario con respecto a los ingresos de su familia.

- **¿Solicita Ud. solamente el Medicaid de emergencia?** Si así fuera, Ud. no tiene necesidad de darnos su número de Seguro Social ni tampoco los datos sobre su condición de inmigrante o de ciudadanía.
- **¿A quién informamos sobre los números de Seguro Social?** Si Ud. solicitara ayuda de DHS, nosotros podemos entregar esa información a:
 - La policía, cuando se encuentren investigando violaciones de la ley;
 - Otras agencias estatales y federales; o
 - Agencias de cobros que traten de recolectar dinero que se le deba al Estado.

Si Ud. no solicitara la afiliación a Families First, ni para recibir beneficios de Food Stamps o para Medicaid/TennCare Standard, utilizamos su número de Seguro Social sólo para hacer las diligencias necesarias con respecto a sus ingresos.

Solicitud de Afiliación a Families First y para recibir beneficios de Food Stamps o Medicaid/TennCare Standard

Los interesados solicitan Families First, los beneficios de Food Stamps o Medicaid/TennCare Standard en la oficina de DHS. Allí tienen que llenar un formulario de solicitud. A los interesados se les comunica por correo si reúnen los requisitos necesarios para recibir Families First, beneficios de Food Stamps o Medicaid/TennCare Standard.

 Usted debe entregarnos pruebas de sus ingresos, de su identidad y de otros detalles necesarios. Si necesitara ayuda para conseguir dichas pruebas, puede solicitarla al/la trabajador(a) social de DHS.

¿Cuánto tiempo nos llevará decidir sobre su solicitud?

- Medicaid: Puede llevar entre 45 a 90 días para decidir si Ud. reúne los requisitos necesarios para recibir este beneficio. Su trabajador(a) social de DHS le hará saber cuál es aplicable en su caso. Para decidir si Ud. puede recibir el TennCare, puede llevar más tiempo.
- Los pagos en efectivo de Families First: Disponemos de 45 días para decidir si Ud. puede recibirlos.
- Beneficios de Food Stamps: Por lo general, se demora alrededor de 30 días para decidir y darle beneficios de Food Stamps, siempre y cuando Ud. reúna los requisitos necesarios. Los 30 días se empiezan a contar a partir del momento en que Ud. presenta su solicitud.

El hecho de que Ud. reciba beneficios de Food Stamps no cambiará la suma de dinero en efectivo que Ud. recibe de Families First. Si por algún motivo fueran suspendidos los pagos de dinero en efectivo de Families First, aún así Ud. podrá recibir Food Stamps. Hay un límite de tiempo durante el cual Ud. puede recibir Families First. Cualquier período durante el cual Ud. reciba solamente los beneficios de Food Stamps, no es computado en dicho límite.

Ud. puede recibir los beneficios de Food Stamps al cabo de 7 días. Para que así sea, Ud. debe reunir uno de los siguientes requisitos:

- 1) Los ingresos mensuales totales (brutos) de su familia deben ser inferiores a los \$150 **y además** debe disponer de \$100 o menos en efectivo, en ahorros o en otros recursos
O
- 2) Su pago por el alquiler, más los servicios públicos que pague, deben ser superiores a sus ingresos mensuales brutos más los ahorros que pueda disponer.
O
- 3) Usted realiza trabajo agrícola por temporada o es trabajador migratorio.

Su trabajador(a) social de DHS le informará si Ud. puede recibir beneficios de Food Stamps en el término de 7 días.

Importante: El firmar el formulario de solicitud significa que Ud. entiende todo lo siguiente. También significa que Ud. sabe lo que sucedería si violara las reglas.

Reglas para Food Stamps:

Le pueden suspender del Programa de Food Stamps si Ud.:

- **mintiera u ocultara determinados datos para poder conseguir beneficios de Food Stamps; o**
- **utilizara la Tarjeta de Beneficios de Seguridad (Benefit Security Card) de otra persona; o**
- **comprara con los beneficios de Food Stamps, artículos tales como cerveza, cigarrillos o jabón.**

Le pueden suspender del Programa de Food Stamps durante:

- **1 año la primera vez;**
- **2 años la segunda vez; y**
- **permanentemente la tercera vez.**

Le pueden suspender del Programa de Food Stamps si intercambiara beneficios de Food Stamps por drogas. Se le pueden suspender los beneficios por:

- **2 años la primera vez; y**
- **permanentemente la próxima vez.**

Le pueden suspender permanentemente del Programa de Food Stamps, si un tribunal le declarara culpable de:

- intercambiar beneficios de Food Stamps por armas, municiones o explosivos; o
- vender beneficios de Food Stamps por valor de \$500 o más.

¿Qué sucede si Ud. mintiera sobre su identidad o sobre su residencia para conseguir beneficios de Food Stamps?

- No podría recibir beneficios de Food Stamps durante 10 años.

Usted no puede recibir beneficios de Food Stamps (pero sus hijos pueden recibirlos) si Ud. fuera:

- un delincuente en fuga; o
- un delincuente que hubiere violado la libertad condicional o provisional;
- declarado culpable después del 22 de agosto de 1996, de un delito relacionado con drogas, a menos que se ajustara a la excepción. Hable con su trabajador(a) social para saber si reúne los requisitos necesarios para la excepción.

¿Qué sucede si no se ajustara al plan de Families First? Podríamos suspenderle los pagos en efectivo de Families First. También podríamos reducirle la cantidad de beneficios de Food Stamps que recibiera.

Si Ud. recibiera demasiados beneficios de Food Stamps, podría tener que devolver más dinero, y:

- si Ud. no declarara sus ingresos; o
- si fuera declarado culpable de violación deliberada de las regulaciones del Programa de Food Stamps. (Esto se denomina Violación Intencional del Programa.)

No podemos descontar nada de sus ingresos laborales cuando decidimos lo que Ud. debe.

Las personas que violen estas regulaciones también pueden:

- ser encarceladas; y/o
- ser acusadas de acuerdo con otras leyes federales; y
- ser multadas hasta por \$10,000.

Si Ud. comenzara a recibir Families First, sus beneficios de Food Stamps podrían verse reducidos. En caso de que así sucediera, podría ser sin previo aviso.

Usted debe buscar trabajo. Si una agencia de empleos se pusiera en contacto con Ud. para tal efecto, Ud. debe presentarse.

Usted puede conseguir más beneficios de Food Stamps si tuviera el siguiente tipo de gastos:

- gastos médicos;
- cuidado de niños o dependientes;
- manutención de niños; y

- **de alojamiento o servicios públicos**

Pero tiene que presentar pruebas. Si no pudiera explicarnos sus problemas y darnos las pruebas que necesitamos, no recibirá más beneficios de Food Stamps. Si necesitara ayuda para conseguir las pruebas necesarias, pídale al/la trabajador(a) social de DHS.

Reglamentos del Medicaid/TennCare Standard:

- No permita que ninguna otra persona utilice su tarjeta del Medicaid/TennCare Standard. Si permitiera que otra persona usara su tarjeta, podría verse obligado a rembolsar al Estado por las cuentas médicas de esa persona.
- Usted debe colaborar con nosotros para que el padre pague las cuentas médicas o de seguro de sus hijos.
- Usted debe transferir al Estado cualquier pago de seguro y/o médicos que reciba.
- Si el Tennessee Bureau of Investigation (Buró de Investigaciones de Tennessee) o cualquier otra agencia, se pusiera en contacto con Ud. en casos de fraude o abusos del Medicaid/TennCare Standard, Ud. debe cooperar con ellos.
- Medicaid/TennCare debe intercambiar su información médica para que su programa funcione. Sólo la intercambian en la medida que la ley lo exige o permite. Estos son algunos ejemplos: La intercambian con su plan de salud. La intercambian con los lugares dónde se atienden los miembros de su familia. La intercambian con otras agencias del gobierno. Hasta puede que la intercambien con compañías privadas. Y hacen esto para poder ofrecerle los servicios que usted necesita. Usted debe permitir que intercambien su información para poder obtener Medicaid/TennCare. Toda persona que vea su información debe ajustarse a las leyes estatales y federales para mantener en privado su información. Al firmar el formulario de solicitud, usted está de acuerdo con la manera en la que intercambiamos su información.
- Si Ud. fuera propietario o arrendara una casa fuera del Estado de Tennessee, puede que no reúna los requisitos para recibir los beneficios. En tales casos, Ud. deberá consultar con su trabajador(a) social y preguntarle si ésto le afecta a Ud.
- Si Ud. recibiera asistencia pública fuera del Estado de Tennessee, aparte de beneficios de desempleo, Ud. no reuniría los requisitos para recibir Medicaid/TennCare Standard. Usted debe, en tal caso, consultar con su trabajador(a) social y confirmar si ésto le afecta a Ud.
- **Es penado por ley mentir u ocultar cualquier dato pertinente en esta solicitud o durante su entrevista.** El mentir u ocultar datos tales como ingresos, lugar de residencia u otros seguros que Ud. pudiera tener, podría resultar en una investigación criminal por parte del

Buró de Investigaciones del Estado de Tennessee. En tal caso Ud. podría ser acusado de perjurio o de un delito mayor. Podría ser encarcelado y/o verse forzado a rembolsar al Estado las sumas de dinero recibidas por concepto de cuidado médico.

- Si el Estado pagara por sus cuentas médicas o por su cuidado en un asilo de ancianos, **el Estado puede recuperar su dinero. Cuando Ud. fallezca, el Estado puede recuperar dichas sumas de sus bienes patrimoniales.** _
- **Usted es responsable** de informar al Medicaid/TennCare Standard acerca de **cualquier** cambio de domicilio o de sus ingresos. Si ésto sucediera, deberá informarlos a su trabajador(a) social.

Reglamentos de Families First:

Si Ud. recibiera pagos en efectivo de Families First sin que le correspondieran, deberá rembolsar esas sumas al Estado. Usted puede:

- pagar con el dinero en efectivo recibido de Families First; o
- pagar en efectivo si no recibiera beneficios de Families First.

Si Ud. mintiera u ocultara datos para recibir pagos en efectivo de Families First, puede ser llevado a juicio. Se le puede acusar de perjurio o de un delito mayor. Podría incluso ser enviado a la cárcel por 10 años.

Si Ud. violara premeditadamente las regulaciones de Families First, sería culpable de lo que se denomina Violación Intencional del Programa. Si fuera encontrado culpable, se le podrían suspender los beneficios de Families First durante:

- 6 meses la primera vez;
- 1 año la segunda vez; y
- permanentemente la tercera vez.

Es ilegal recibir pagos en efectivo en dos estados al mismo tiempo. Cualquier persona que haga ésto, se le suspenderán los pagos en efectivo por un período de 10 años.

Las siguientes personas no pueden recibir pagos en efectivo de Families First para sí mismas:

- delincuentes en fuga;
- delincuentes que hubieren violados la libertad condicional o provisional;
- cualquier delincuente condenado después del 22 de agosto de 1996 de un delito relacionado con drogas, **a menos** que se ajustara a la excepción. Consulte con su trabajador(a) social para confirmar si Ud. reúne los requisitos necesarios para la excepción.

Aún así, sus hijos pueden recibir pagos en efectivo de Families First.

Para recibir pagos en efectivo de Families First, Ud. debe firmar y ajustarse al Plan de Responsabilidad Personal. Este plan puede especificar la necesidad de que Ud. trabaje o que asista a actividades relacionadas con el trabajo.

Usted puede estar en condiciones de recibir pagos en efectivo de Families First y de manutención de niños al mismo tiempo. Si recibiera Families First, tendrá que ayudarnos a comprobar quién es el padre del niño. Usted también debe cooperar con nosotros para que podamos cobrar el dinero correspondiente a la manutención de los niños en Families First. Aún así, no trataremos de cobrar dicho dinero si Ud. pudiera comprobar que existe un buen motivo para no hacerlo.

Todo el dinero correspondiente a la manutención de niños debe ser enviado primero a DHS. Si el padre le entregara dinero, Ud. deberá enviarlo a DHS. **A usted puede que le reembolsen parte o la cantidad total del dinero de manutención de niños.** Este tipo de pagos de manutención de niños se denomina “pass through payments” (pagos diferidos).

La suma de los pagos diferidos de manutención de niños depende de sus “necesidades insatisfechas”. Calculamos sus necesidades insatisfechas, en base a:

- cuál es la suma pagada por motivo de manutención de niños;
- para cuántas personas son los pagos en efectivo de Families First; y
- de qué otros ingresos dispone Ud.

Usted puede consultar con su trabajador(a) social de DHS para determinar la suma de sus necesidades insatisfechas.

Nuestras oficinas pueden investigar los registros de otras agencias gubernamentales para determinar cuál es la suma que Ud. recibe por concepto de manutención de niños. También podemos verificarlo mediante los tribunales, o con el “Child Support Enforcement” (Departamento para el Cumplimiento de la Manutención de Niños).

Información Importante Sobre Cómo Hacer Una Solicitud Para Votar

¿Usted quiere hacer una solicitud para poder votar en las próximas elecciones? La ley Federal y del Estado establecen que tenemos que preguntarle si usted quiere llenar un formulario de solicitud para votar que podríamos darle mientras esté aquí. Usted puede usar este formulario para solicitar a la oficina de votación que le permitan votar en el condado dónde usted vive ahora. Debemos hacerle esta pregunta cada vez que usted haga una solicitud o vuelva a hacer una solicitud para obtener beneficios o cuando le volvamos a habilitar para obtener beneficios, o si usted llama para informarnos que se mudó.

Le ayudaremos a llenar todos los formularios para que pueda hacer una solicitud para votar. Lo puede hacer en privado si ése es su deseo. Usted no tiene que hacer una solicitud para votar para poder recibir beneficios, el llenar o no llenar el formulario de solicitud para votar no hará que se incrementen o disminuyan sus beneficios. Su trabajador(a) social le dará la información que exige la ley para explicarle cómo funciona este proceso.

Si no se le ha dado la oportunidad de hacer una solicitud para votar, o si alguien le ha dicho que usted no puede hacer una solicitud para votar, o si usted necesita ayuda y nadie le ha ayudado a llenar los formularios, hable con su trabajador(a) social, o pida que le permitan hablar con un supervisor, y dígales lo que sucedió.

Su Derecho a una Auditoría Justa

¿Qué sucedería si Ud. no estuviera de acuerdo con nuestra decisión sobre su solicitud o caso? Usted podría presentar una apelación para solicitar una auditoría justa. Durante dicha auditoría Ud. puede hablar por sí mismo. También le puede acompañar un amigo, pariente o un abogado que le represente. Después que le notifiquemos acerca del caso, Ud. dispondrá de **90 días** para presentar una apelación. Si quisiera presentar una apelación, comuníquelo a su trabajador(a) social de DHS, o puede llamar a la Línea de Asistencia Familiar (Family Assistance Helpline) al 1-888-863-6178. Esta llamada telefónica es gratuita. En el Condado de Davidson, llame al 313-5790 o al 313-4888.